UNIVERSITE DE BORDEAUX II

Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales

Année 1972 - Thèse n° 107

A PROPOS DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES OBSERVÉS EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 juin 1972

par

Serge MARTINET

Né le 28 mai 1944, à BORDEAUX (Gironde).

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. R. CASTAING, *Professeur* ..... Président

M. BLANC, *Professeur* .....
J.-C. FAVAREL-GARRIGUES, *Agrégé* ..... Juges
M. BOURGEOIS .....

IMPRESSION OFFSET, 28, rue du Maréchal-Joffre - BORDEAUX - Tél. 52.95.36

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547324_0007

UNIVERSITE DE BORDEAUX II

Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales

Année 1972 - Thèse n° 107

A PROPOS DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES OBSERVÉS EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 juin 1972

par

Serge MARTINET

Né le 28 mai 1944, à BORDEAUX (Gironde).

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. R. CASTAING, *Professeur* ..... Président

M. BLANC, *Professeur* .....
J.-C. FAVAREL-GARRIGUES, *Agrégé* ..... Juges
M. BOURGEOIS .....

IMPRESSION OFFSET, 28, rue du Maréchal-Joffre - BORDEAUX - Tél. 52.95.36

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire du Professeur M. BERGOUIGNAN

A MES PARENTS

Que leurs sacrifices trouvent ici
leur récompense.

A MA SOEUR ANNE-MARIE, SON MARI PAUL ET MES NEVEUX THIERRY ET OLIVIER.

A MON FRERE JEAN-PIERRE, SA FEMME MONIQUE ET MA NIECE ISABELLE.

A MON FRERE JEAN-CLAUDE ET SA FEMME PAULETTE

A MON FRERE GILBERT

A TOUTE MA FAMILLE

A MA FEMME JOSETTE

Avec tout mon amour.

A MA FILLE CHRISTELLE

Pour la joie qu'elle me donne.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE LA FAMILLE DE MA FEMME

A MES COLLEGUES DE L'INTERNAT DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE PAU

AUX DOCTEURS FARGEON, HEMMI, LEBORGNE, LEBRUN ET UEBERSCHLAG

Médecins-Chefs à l'Hôpital
Psychiatrique de Pau.

A MONSIEUR GUY FOLLET

Directeur

et au personnel de l'H.P. de PAU.

A NOS MAITRES DU CENTRE HOSPITALIER

UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

AU DOCTEUR BERNARD FAVAREL-GARRIGUES

Ce travail vous doit beaucoup.

Vous nous avez aidé à tous les stades de sa réalisation de votre expérience et de vos réflexions.

Nous vous en remercions.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur BLANC

Professeur sans chaire
Directeur de l'U.E.R. de Psychiatrie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Directeur d'Etudes de la Section de Psychopathologie (Institut Psychologique)
Chevalier des Palmes Académiques
Licencié ès-Lettres.

Nous connaissons l'intérêt que vous avez toujours porté à vos étudiants.

Membre de l'U.E.R. de Psychiatrie de BORDEAUX, nous remercions vivement notre Président d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Monsieur le Professeur Jean-Claude FAVAREL-GARRIGUES

Maître de Conférences Agrégé en Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie.

Tous vos étudiants reconnaissent votre grand sens clinique et la clarté de votre enseignement.

Nous vous remercions de vos conseils qui nous furent très précieux lorsque nous entreprîmes ce travail au Centre de Réanimation de BORDEAUX.

Monsieur le Professeur BOURGEOIS

Nous connaissons l'intérêt que vous avez porté à la réalisation de ce travail.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à ce jury.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAING

Professeur Titulaire de Réanimation
Respiratoire et Anesthésiologie.
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier des Palmes Académiques
Chevalier de l'Ordre du Mérite

Par l'intérêt que vous avez pris à la réalisation de ce travail et en nous faisant l'honneur de présider notre thèse, vous nous montrez qu'un médecin doit être capable à tout moment de réfléchir aux différents aspects de l'exercice de son art et à leurs conséquences.

Nous nous en souviendrons dans notre vie professionnelle.

INTRODUCTION

Les progrès extraordinaires de la médecine et tout particulièrement ceux de la réanimation ont donné naissance à des services hospitaliers ultra-spécialisés, véritables temples où pour l'observateur non averti, les résultats tiennent du "miracle". L'appellation même de ces services :

- Centre de Réanimation
- Unité de Soins Intensifs
- Service d'Urgence
- Salles de réveil de chirurgie cardiaque ...

nous donne une idée de leur ambition : lutter avec la mort. Le réanimateur, du fait de ses connaissances et des techniques de pointe mises à sa disposition, peut enfin avoir gain de cause contre elle. Il apparaît ainsi souvent comme le détenteur de ce Dernier Recours de l'homme devant sa fin.

Mais ce qui frappe surtout dans de tels services c'est leur deshumanisation. Les salles de soins intensifs constituent un univers clos, hautement spécialisé et gagné par une technicité de plus en plus envahissante ; les rapports inter-individuels qui s'y nouent semblent pauvres, la relation

médecin-malade semblant se faire plus à travers les cadrans d'une ou plusieurs machines qu'au niveau des mots.

Les auteurs anglo-saxons, les premiers, ont décrit un certain nombre de troubles psychiatriques apparaissant lors du passage des malades dans de tels centres. Certains de ces troubles leur ont semblé directement imputables à l'environnement matériel propre au milieu des soins intensifs. Ils les ont regroupés dans une véritable entité nosologique qu'ils ont baptisée : Syndrome des soins intensifs ("Intensive Care Syndrome").

L'équipe soignante du Centre de Réanimation de BORDEAUX s'est, de son côté penchée sur de tels troubles survenant chez ses malades. Ceux-ci peuvent entraîner de la part du réanimateur des mesures de contention ou thérapeutiques susceptibles de le gêner alors dans son action propre ? Des liens d'estime et d'amitié plus que la proximité ont permis que ces problèmes soient abordés et étudiés par une équipe psychiatrique du centre JEAN ABADIE dont nous faisons partie.

Lorsque nous nous sommes donc rendu au Centre de Réanimation de BORDEAUX dans le Service du Professeur CASTAING, notre but était de savoir si l'ambiance du Centre était, par ses facteurs exogènes aux malades, susceptible

d'engendrer l'apparition de certains troubles psychiatriques. Autrement dit, le syndrome des soins intensifs des auteurs anglo-saxons existe-t-il ? Si oui, l'ambiance seule suffit-elle à l'expliquer ? Si non, à quoi sont dûs les troubles psychiatriques rencontrés ? Ce travail n'a pas la prétention d'apporter une réponse définitive à ces questions. Nous espérons seulement qu'il aidera à la compréhension de ces problèmes et par là sera utile tant aux réanimateurs qu'aux malades.

Nous avons divisé ce travail en trois parties. Nous commencerons d'abord par énumérer les troubles psychiatriques décrits par les auteurs dans les unités de soins intensifs. Puis nous exposerons les observations que nous avons recueillies au Centre de Réanimation de BORDEAUX. Dans un dernier chapitre enfin, nous tenterons de donner un aperçu psychologique des malades en service de soins intensifs et nous envisageons les différentes hypothèses pathogéniques concernant les troubles observés.

oOo

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES PSYCHIATRIQUES RENCONTRES DANS LES SERVICES DE SOINS INTENSIFS

La complexité des troubles psychiatriques rencontrés dans les milieux de soins intensifs est extrême. Nous allons tenter de les schématiser.

On peut distinguer :

1) Les troubles psychiatriques relevant de la maladie causale et, plus précisément celle qui a nécessité le transfert du malade dans une telle unité. On peut citer les confusions mentales par atteinte organique cérébrale : encéphalite, méningo-encéphalite.

2) Les troubles en rapport avec une destructutation de conscience. Très souvent celle-ci est liée à une altération de la vigilance comme c'est le cas notamment lors du réveil des comas toxiques.

3) Les troubles relevant d'une encéphalopathie métabolique comme une encéphalopathie anoxique et respiratoire ou encéphalopathie par trouble hydroélectrolytique (trouble de l'hydratation, de la calcémie, de la magnésémie, de la kaliémie, de l'équilibre acido-basique, etc ...). Deux excellents articles parus dans le numéro de JANVIER-FEVRIER 1971 de la revue Anesthésie - Analgésie - Réanimation font le point à ce sujet.

Bien que nous ne nous soyons guère étendu sur ces catégories de troubles, leur importance est extrême et ne saurait échapper. La cause déclenchante est évidemment organique. Il en est sans doute différemment en ce qui concerne les troubles suivants ; mais ce point sera repris dans la discussion.

4) Les troubles psychiatriques paraissant en rapport avec le milieu : c'est le syndrome des soins intensifs proprement dit.

Sous le terme de syndrome des soins intensifs on désigne les troubles psychologiques et psychiatriques apparaissant dans les unités de soins intensifs. C'est MAC KEGNEY F.P. qui l'utilise le premier dans la littérature ("The Intensive Care Syndrome"). Avant lui, ce syndrome est assez peu étudié (si ce n'est chez les opérés du coeur) et

a un sens ambigu : les chirurgiens, en effet, désignent sous le même nom une autre variété de troubles post-opératoires en rapport avec le stress chirurgical lui-même comme l'ulcus aigu post-opératoire par exemple.

Ce syndrome, véritable "maladie du progrès médical" ("Disease of medical progress" de Mac Kegney), est né des constatations faites d'abord chez les opérés du coeur et ramenés ensuite à l'environnement. L'attention des cliniciens s'est en effet portée d'abord sur les troubles psychiatriques des opérés du coeur : BOLTON H.E. et BAILEY C.P. (1956), BLICKENS TORFER E. (1958) relèvent 3 % de troubles psychotiques chez les opérés du coeur. Chez ces mêmes malades, BLACHY P.H. et STAAR A. (en 1964) retrouvent un nombre de manifestations psychiatriques diverses plus important : 57 %. Ces auteurs ont surtout recherché diverses causes organiques à ces manifestations psychiatriques : intensité du stress pré et post-opératoire, rôle du groupe sanguin, influence de la circulation extra-corporelle. Ils attachent en outre beaucoup d'importance à la maladie causale. La même année, EGERTON N. et KAY J.H. décrivent plus longuement ces troubles en s'attachant surtout à leur description clinique. Ils ont surtout décrit des états délirants aigus, des états dépressifs et des manifestations hystériformes. Ils s'attachent à la recherche de facteurs déclenchants (maladie causale, privation de sommeil, drogues, stimulations sensorielles anormales ...) et mettent

déjà un peu l'accent sur le rôle de l'environnement. Nous retiendrons en outre de leur étude : la fréquence (41 %), la notion d'un intervalle libre et la régression rapide des troubles en 48 heures.

Puis NAHUM L.H. en 1965 et surtout KORNFELD et Coll. (1965) mettent hors de cause dans la pathogénie de ces troubles le rôle du by-pass et posent avec clarté le rôle de l'environnement. Dès lors, le syndrome des soins intensifs devient une entité à part entière ramenée à l'ambiance et ses multiples facteurs. C'est la même année aussi que paraît une intéressante étude de WINKELSTEIN Ch., BLACHER R.S. et MEYER B.C. Ces auteurs soulignent le caractère différé des troubles psychologiques survenant après anesthésie générale comparativement à un groupe d'opérés soumis à une anesthésie simple. Chez les malades soumis à une anesthésie générale (signalons que cette enquête a été menée dans un service de chirurgie générale), les troubles apparaissent 24 à 48 heures après le réveil ; alors que chez les autres, ils apparaissent toujours immédiatement. Ce qui apparaît aux auteurs, c'est que dans les suites opératoires immédiates, le sujet met en jeu tout un systéme de défenses à base de déni et de regression. Ces défenses sont dirigées non seulement contre les dangers réels liés à l'intervention chirurgicale, mais aussi contre toutes les menaces provenant de son psychisme et susceptibles de remettre en cause son équilibre affectif. Ces défenses aboutissent à faire perdre au malade toute anxiété.

En ce sens, la belle étude de DESHAIES G. parue en 1938 sur le réveil des anesthésiés est différente, car il y étudie les troubles apparus pendant le réveil de patients ayant été soumis à une anesthésie générale. Nous en retiendrons seulement le fait que les troubles décrits, entièrement imputables à l'anesthésie, régressent en quelques heures.

Nous citerons enfin les travaux de MARCOLIS GERARD J. (1967), PARKER J.L. et HODGER J.K. (1967), LAZARUS H.R. et HAYENS J.H. (1968), WACKETT T.P., CASSEM N.H. et WISHNIE H.H. (1968). Toutes ces études ont été effectuées au sein d'unités de soins aux cardiaques ou aux opérés du coeur. Nous en retiendrons surtout l'importance que les auteurs accordent à l'entretien pré et post-opératoire ainsi qu'à l'aménagement de l'environnement pour éviter ou diminuer l'apparition de troubles psychologiques.

Le travail le plus complet est celui de KORNFELD D.S. en 1969. Cette étude, comme toutes celles qui ont été menées jusque là et celle plus récente de BOUVRAIN Y. et coll. ont été faites dans des centres de soins intensifs cardiologiques. Il s'agit de malades opérés du coeur ou atteints d'affections coronariennes graves. Les troubles observés en portent probablement la marque car le coeur est en effet un des organes les plus investis émotionnellement. Il n'est donc peut-être pas tout à fait légitime,

comme le fait KORNFELD, d'étendre à l'ensemble des unités intensives, le syndrome des soins intensifs observé en milieu cardiologique. Cependant, nous pensons que si les populations des différentes unités sont différentes, l'ambiance et l'environnement demeurent identiques. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études consacrées aux Centres de Réanimation.

La fréquence de ce syndrome est diversement appréciée : comme nous l'avons vu, elle varie selon les auteurs de 3 à 57 % avec une moyenne de 35 %. Ces variations sont principalement dues au fait que certains auteurs ne se sont intéressés qu'aux troubles franchement psychotiques, alors que d'autres ont considéré l'ensemble des troubles psychologiques. Tous, cependant, reconnaissent l'existence d'un intervalle libre entre le réveil des malades et l'apparition des troubles. Celui-ci est en général de 2 à 5 jours.

D'un point de vue clinique, ces troubles se manifestent d'abord par une désorientation passagère et quelques remarques inappropriées ou inadaptées. Puis ce sont des troubles de la perception qui apparaissent : simples distorsions d'abord, fausses reconnaissances ensuite. Surviennent parfois de véritables illusions et à un degré de plus des hallucinations visuelles ou auditives. C'est dans ces derniers cas qu'on peut assister à un délire de type

oniroïde parfois paranoïde, l'onirisme est agi. Citons encore des colloques hallucinatoires et des confusions agitées avec anxiété.

Tous ces troubles se dissipent, ceci est important, en deux à cinq jours selon les auteurs, après transfert du malade dans un service général. Un auteur signale la bonne action des phénothiazines.

Signalons enfin, fait important, que ce syndrome n'a pas été semble-t-il observé chez les enfants.

5) Les troubles qui apparaissent à la sortie de l'unité de soins intensifs.

SGROI et coll. (1968), KLEIN et coll. (1967) notent l'apparition de troubles mentaux après le transfert de l'unité de soins intensifs dans les services réguliers de l'hôpital. Ces troubles semblent venir du fait que les malades ont vécu leur séjour dans de tels Centres comme très sécurisant. Cela est en rapport avec l'étroite surveillance dont ils ont été l'objet. Les malades hospitalisés dans les unités de Soins Intensifs se défendent contre la maladie par le déni et une profonde régression laquelle est d'ailleurs favorisée par les soins dont ils sont l'objet. On peut alors se demander si, en sortant de ces centres et par là en abandonnant l'état régressif dans

lequel ils se trouvaient, les malades ne découvrent pas brusquement la signification de leur passage en réanimation et par là la maladie, ici le plus souvent grave, et les dangers courus. KORNFELD et DRESS (1967) ont en particulier décrit ces troubles chez les survivants de l'arrêt cardiaque. Ceux-ci comportent entre autres une modification de l'attitude du sujet devant la mort, une anxiété se manifestant par de l'insomnie et une plus grande instabilité et plus rarement, de véritables épisodes dépressifs.

6) Les réactions psychologiques du "STAFF"

Elles n'ont pas, semble-t-il, fait l'objet d'études particulières. Leur importance est cependant loin d'être négligeable. Nous y reviendrons plus longuement, mais nous soulignerons dès maintenant une des ambiguités des services d'urgence médicale : la vocation première du réanimateur est de lutter contre la mort ; or une grande part de la population de tels services est constituée par des intoxiqués volontaires, c'est-à-dire des gens ayant tenté de se la donner. On conçoit alors que la relation soignant-soigné soit faussée, le premier ayant une tendance, bien qu'il s'en défende consciemment, à rejeter le second.

oOo

CONCLUSION :

De ce premier chapitre, nous retiendrons essentiellement deux ordres de faits :

- Il est difficile, dans la genèse des troubles décrits, d'établir la part qui revient à chaque facteur. On remarquera que les recherches sur l'étiologie de ces troubles psychiatriques : organique, rôle de l'environnement ou psychogenèse rejoignant toutes les discussions sur la folie.

- Le syndrome des soins intensifs a été essentiellement décrit dans les services d'urgences cardiologiques. Il n'est peut-être pas légitime d'étendre son existence à tous les services de soins intensifs parce que les malades sont différents et que le coeur est un organe très investi émotionnellement. Cependant sa connaissance ne peut qu'être bénéfique à l'étude des troubles psychiatriques et psychologiques observés en milieu de réanimation étant donné la grande similitude de ces milieux (tant du point de vue de l'environnement que des équipes soignantes).

oOo

CHAPITRE II

ETUDE DE LA PSYCHOLOGIE DU MALADE AU CENTRE DE REANIMATION DE BORDEAUX (Service du Professeur CASTAING)

Toute approche de la psychologie d'un malade hospitalisé passe obligatoirement pour nous par la connaissance de son vécu et par celle de la relation qu'il établit avec l'équipe soignante : c'est le but de l'enquête menée auprès de quarante malades du Centre de Réanimation de BORDEAUX (Service du Professeur CASTAING).

Dans ce chapitre, nous décrivons d'abord les conditions dans lesquelles ce travail a été accompli puis nous exposerons les résultats que nous avons enregistrés auprès des malades.

A/ - METHODOLOGIE

1) - *Les lieux*

Le Centre de Réanimation de BORDEAUX, situé à l'hôpital des Enfants accueille la quasi totalité des malades ayant une défaillance respiratoire à l'exception des malades traumatisés. Une part importante de sa population est cons-

tituée par des intoxiqués volontaires des deux sexes. Mais on y trouve aussi les malades organiques présentant ou susceptibles de présenter une défaillance respiratoire. C'est dire que la plupart d'entre eux y entrent dans un état de coma plus ou moins profond.

Qui y pénètre pour la première fois se trouve plongé dans une ambiance totalement différente de celle de la plupart des autres services hospitaliers. Les conséquences redoutables de l'infection ont amené les responsables du Centre à prendre des mesures de sécurité draconniennes. Tout d'abord, les salles de soins sont séparées du milieu extérieur par un sas, étroit couloir qui baigne dans l'atmosphère bleutée des lampes à ultra-violet. Là, chacun doit se dépouiller de ses vêtements de ville ou d'hôpital et revêtir une tenue uniforme : masque, bottes blanches, blouse à manches courtes et calot (celui-ci pouvant parfois être bleu). Le Service proprement dit est constitué par un grand couloir sur lequel ouvrent les chambres peuplées de quatre lits. En y entrant, ce qui frappe d'abord c'est l'importance de la "machinerie" qui y est contenue : respirateurs soufflants et sifflants, cardioscopes scintillants et faisant un bruit aigu et rythmé, fils et tuyaux divers reliant les malades à des appareils. Dans ces salles circulent en permanence des silhouettes entièrement blanches habitées par les membres de l'équipe soignante : membres du staff, infirmières, aides-soignantes. Tout cela donne

l'impression d'un lieu irréel, artificiel et clos.

2) - *Les malades*

Pour recueillir le matériel de notre étude, nous nous sommes adressés à deux catégories de malades :

- la première, la plus faible, concerne les malades délirants dans le service. Ceux-ci constituaient pour nous des sujets de choix. Il nous est apparu en effet que l'ambiance propre de la réanimation étant intégrée à leur délire (quand même elle ne lui servait pas de support) on pouvait saisir à l'excès ce qu'était le vécu du sujet sain. La grande variété de leurs distorsions perceptives et la richesse de leur production fantasmatique nous ont fourni des observations de choix qu'il a été intéressant de comparer à celles du sujet sain.

- la deuxième catégorie, la plus nombreuse, comporte environ quarante entretiens que nous avons menés auprès de deux grands groupes de malades :

  - ceux que nous avons pu voir au sortir de leur coma (pour la plupart des intoxiqués volontaires). Le moment privilégié que constitue leur réveil, puisqu'il y a, à la fois ébauche de reconstruction

et abolition des défenses en voie de réaménagement, nous a permis de saisir chez ces malades les premières réactions d'un homme se trouvant brusquement dans un monde étranger et étrange et dont il ne sait pas encore s'il lui est hostile ou bienveillant.

- les autres (surtout des malades organiques) transférés au Centre devant l'imminence ou la crainte d'une défaillance respiratoire. C'est donc conscients, mais le plus souvent angoissés qu'ils sont entrés dans ce lieu clos et artificiel.

Nous avons dû malheureusement laisser de côté les malades trachéotomisés, un dialogue ne pouvant être engagé avec eux. Bien que constituée aux deux-tiers par des intoxiqués volontaires, cette population n'en est pas moins très hétérogène. Nous sommes conscients que le vécu sera différent selon qu'il s'agit d'un intoxiqué volontaire ou d'un malade organique, qu'il y a eu assistance respiratoire ou non. Nous n'avons eu comme ambition que de chercher à dégager quelques traits psychologiques communs. Nous avons abordé les malades, vêtus comme les réanimateurs,

sans leur indiquer l'objet de l'entretien. Celui-ci s'est chaque fois efforcé de préciser la réalité perçue, la réalité vécue et l'appréciation subjective enfin de leur passage au Centre de Réanimation. Ces données étaient souvent mêlées dans le discours du malade à l'histoire de sa vie (surtout chez les intoxiqués volontaires) et nous les avons interrompus le moins possible. Nous avons dû cependant parfois poser des questions précises au malade en nous efforçant de garder dans leur forme le maximum de neutralité (type : Où êtes-vous ? Qu'avez-vous vu ou entendu d'abord ? Avez-vous l'impression d'être en sécurité ? ...). Toutes ces données ont été transcrites intégralement au lit du malade en respectant la forme du discours.

B/ - RESULTATS

1) - *Les malades délirants*

Voici tout d'abord les extraits d'observations de malades délirants privilégiées :

Mme DAU ... Jeanne est une paraphrène : elle développe depuis quelques années un délire à base imaginative évoluant dans le cadre d'un délire à deux, à thème de magie dont la fonction compensatrice est nette ; elle fréquente assidûment la secte de Gazinet. Voici le vécu fantastique

de son passage au Centre de Réanimation motivé par une tentative de suicide survenant dans un contexte d'isolement affectif accru : "j'ai eu beaucoup de misère là-haut ... On m'a dit ... Vous allez faire un macchabée. On m'a attachée avec des liens, et on me mettait de grosses bêtes qui ressemblaient à des lézards avec de grandes queues, deux bêtes avec des queues très longues, deux lézards bien visqueux ... Une autre fois, j'ai trouvé six rats noirs avec une tenture noire et un mannequin noir avec un chapeau et deux grands pieds plantés contre le mur ... Depuis quelques jours, il y a une bande de bohémiens. On a eu des histoires. Je suis rentrée ici. J'ai été kidnappée. Je peux pas avaler, je rencontre une hostilité formidable. Je ne suis pas méchante et je ne suis pas folle. On m'a fait un tas de piqûres. Je ne me souviens de rien. Nous avons la famille de bohémiens qui fait de la magie ... sur nous ... toutes sortes de magie. Je ne trouve ici que de l'hostilité, Il y en a une qui m'attachait et me battait.

C'est toujours du macabre et du noir. Ce sera macabre. Il y avait les six souris noires, le mannequin et la tenture. Ils s'amusaient ; ils m'ont fait voir un os avec du sang et m'ont dit : regardez si c'est bien fait. Je suis toujours attachée. On m'a dit : ça fera un mort de plus. Ils ont sorti un os dans un journal, tout rongé".

Dans cette observation, la tonalité de persécution est évidente : l'environnement est vécu comme menaçant et hostile. La malade délire avec l'environnement, ce qui est habituel mais sans doute aussi celui-ci précipite et active la production délirante.

Melle B ... 30 ans, atteinte d'une méningo-radiculite virale est transportée au Centre en prévention d'une extension respiratoire de sa maladie. Très anxieuse, elle développe une bouffée confuso-onirique après injection de corticoïdes. On saisit de manière évidente le caractère de défense de la thématique destinée à masquer la réalité désagréable de la maladie. Il s'agit en somme d'un déni de maladie et le délire lui permet de nier l'environnement ou de le percevoir sous un jour fantasmatique rassurant.

"J'étais partie avec un manteau couleur d'automne ... Je me suis dit pourquoi m'avez-vous mis cette horrible chemise sous mon manteau ... Je crois bien que je voulais mettre un petit costume en jersey. Alors, je suis partie et j'ai fait l'école buissonnière ...".

"C'est dur de s'y faire ... être entourée de gens qui vont mourir et être la seule personne consciente ... Je ne situe pas très bien la réalité par rapport au rêve. Je pensais que ce matin j'étais en train de donner du sang, mais on m'avait dit que c'était pour une amie qui avait eu

un petit garçon de quatre kilos et que j'aime bien ... Alors j'attendais et souffrais en patience ... Je trouve que pour le principe ... on prend des moribonds. C'est très beau et en même temps c'est une tragédie ... Je trouve que l'atmosphère ici est très bonne (tout est beau ici même la soupe, nous dit un autre malade confus au stade terminal d'une maladie d'Hodgkin). On est arrivé à créer une atmosphère qui arrive à faire oublier la gravité du cas ... Il semble que tout le monde doive être sauvé".

La malade est effectivement arrivée à se créer une atmosphère délirante peuplée de fantasmes archaïques en opposition avec la réalité.

M. KOS ... vu six jours après son hospitalisation pour décompensation d'une silicose importante. Son délire est apparu semble-t-il à la faveur d'un changement d'équipe avec présence d'un infirmier noir :

"Ils m'ont amené ici soi-disant qu'ils soignent les poumons ... Je suis tombé dans un guet-apens ... Je suis là contraint et forcé ... Il y a un machin clandestin comme une salle d'opération avec cinq ou six bonshommes et deux bonnes femmes ...

... Je n'ai pas tué ni père ni mère ... On traverse les narines par une chose du nez pour extirper les poumons et mettre de la poudre dedans ...

"Il y a deux hommes qu'on a évacués ici, j'ai des témoins. On les a évacués par une camionnette vers un machin clandestin. On les verra plus. Ici c'est des staliniens. On les mutile exprès, pire qu'en Russie ou en Westphalie. Ils sont dans une caisse (Ce malade prenait les poumons d'acier pour des fours crématoires) ... Pourquoi faire ces cris de chouette, d'escargot, de grenouille, ces cris de crapaud. Ce sont des cris d'enfants qui sont seuls chez eux ..."

Une autre malade vue au décours d'un coma grave après absorption de plusieurs tablettes de métaldehyde : son mari nous apprend que depuis quelques temps elle développe à son égard un délire de jalousie, lui reprochant de revoir sa première femme (dont il est divorcé depuis vingt ans). "Vous êtes de la police ... Vous m'avez mise ici pour me torturer et me faire avouer". A la question "Croyez-vous qu'un policier serait habillé comme ça ?", elle répond : "C'est parce que vous êtes un agent secret ... les gardiens c'est pareil". Puis, "les appareils c'est pour m'espionner. Vous voulez me faire avouer tout le mal que j'ai fait ..." Ici encore la tonalité persécutive domine le tableau. Les êtres et les choses sont vécus comme menaçants. La réanimation entière est assimilée à un appareil inquisiteur et punitif. Nous avons retrouvé plusieurs fois cette dimension délirante faisant appel aux croyances les plus profondes et les plus anciennes de l'Homme. Les notions de bien et de mal,

et par là de récompense et de punition sont ici exprimées selon leur modalité la plus schématique.

La dynamique de la relation de ces malades avec l'environnement et les médecins est bien sûr influencée par l'affectivité délirante du sujet. Insister sur ces vécus fantasmatiques revient à souligner le rôle des facteurs psychologiques personnels dans la relation que le sujet noue avec l'environnement.

2) *Résultats de l'enquête*

Cette enquête a été menée auprès de quarante malades. Que retenir de la façon dont ces malades perçoivent et vivent l'environnement, le personnel soignant, leur situation ici ... ? Il nous a semblé pouvoir dégager plusieurs points à travers ce qui nous a été dit et la forme même du discours ; nous avons choisi d'abord deux observations particulièrement riches, d'autant plus intéressantes que dans les deux cas il n'y a pas eu de coma vrai. Les impressions qui nous sont livrées sont celles ressenties dès l'arrivée :

M. P. ... hospitalisé au décours d'une pancréatite "Quand on arrive ici, on a l'impression d'être pris par une technique extraordinaire, une compétence merveilleuse depuis la pesée automatique ... ; on voit le grand patron qui donne une impression de sécurité, de compétence rassurante

au possible ... On est étonné de se trouver dans une énorme pièce ... Le moindre bruit est répercuté. Les sons sont multipliés par quatre. Ce sont mille détails qui accompagnent le chant poétique du Keith et Flack".

Melle L ... Michèle, tentative d'autolyse à la nivaquine ; arrivée au C.R.R. à trois heures du matin en coma vigile : "j'ai parlé beaucoup, même pendant le lavage d'estomac. C'était jamais fini ... On m'a mis une électrode ... On m'a amenée au bloc. Un autre médecin est arrivé. Quand on m'a fait le trou à la jambe droite, je voyais les gens avec des contours flous. Le médecin avait trois yeux, un au milieu du front. Je savais que j'étais à l'hôpital. J'ai trouvé qu'il y avait beaucoup d'animation pour un hôpital la nuit. Ce qui m'a surprise c'est que les gens étaient habillés en bleu. Je me suis demandée pourquoi les bottes ... Dans l'ensemble j'ai été rassurée. On a l'impression d'une atmosphère confinée, cotonée, d'un monde à part. J'ai trouvé que c'était extraordinaire que sa vie soit suspendue à une machine. Avec les fils, j'avais l'impression d'être reliée à la machine". On voit déjà à travers ces deux observations les distorsions perceptives et leur intégration aux affects les plus intimes des sujets.
On remarquera aussi qu'il n'est que fort peu fait allusion à la maladie.

Pour la commodité de l'exposé, nous avons tenté de dégager de notre enquête les différents points suivants :

- les lieux : comment les malades les voient-ils, comment les intègrent-ils à leur situation présente ? Dans quelle mesure leur perception est-elle déformée ? Nous avons regroupé sous cette rubrique tout ce que les malades nous ont raconté quant à ce qu'ils ont "vu" et "entendu".

- les autres : Au C.R.R. le malade n'est jamais seul. Il vit dans une chambre avec d'autres malades et le personnel soignant, même de nuit, manifeste souvent sa présence (du fait même de la continuité des soins que de tels malades nécessitent).

- le vécu : celui-ci est évidemment fonction de la manière dont les lieux et les autres malades sont perçus. Nous avons surtout voulu envisager ici, à travers le discours des hospitalisés, l'impression de sécurité ou d'insécurité éprouvée.

1) - LES LIEUX :

Le vécu des lieux est d'abord fonction pour les malades qui se réveillent de leur niveau de restructuration de conscience. C'est ainsi que certains, dans le temps

même de l'entretien nous ont fourni plusieurs réponses quant à l'endroit où ils se trouvaient. En effet, pour un grand nombre de malades interrogés, les difficultés d'orientation spatio-temporelle sont évidentes. Témoin cet entretien avec une jeune fille intoxiquée volontaire :

-"Je suis à Nérac au Lycée. Maintenant il y a cours ... je suis dans la salle 200 ..."

- Q. -"Et moi, qui suis-je ?"

- R. -"Un docteur ... Ah oui, quand je me suis réveillée, je croyais que j'étais à la maison ... dans ma chambre. Je voyais le lit, les meubles et les rideaux. Puisque vous êtes Docteur, je ne suis pas en classe mais en clinique. Quand j'entendais du bruit, je croyais qu'il y avait du monde à la maison."

Dans l'ensemble, un malade sur quatre a reconnu des lieux qui lui étaient familiers (en réalité presque un malade sur deux parmi ceux qui avaient fait un coma). Citons comme réponses : "Chez moi ..." (plusieurs fois) ; "chez une nièce ...", "dans une salle de musique ...", une cuisine". En outre les dimensions de la pièce sont mal saisies : "la pièce paraissait plus vaste ..., "on est étonné de se trouver dans une énorme pièce". Le mobilier de la pièce lui-même est perçu déformé : "il y a un piano" -

"je voyais les rideaux" - "les objets semblaient difformes".

Aux difficultés de restructuration de conscience des malades en train de se réveiller s'ajoutent les difficultés d'insertion et les distorsions perceptives propres au niveau de regression de ces malades. Mais il faut aussi tenir compte des mécanismes de défense très vite en place, qui peuvent éventuellement ralentir l'éveil de certains d'entre eux.

Du reste les modalités perceptives sont largement influencées par les projections inconscientes des malades. S'ils sont sensibles d'abord aux bruits très réels qui leur parviennent, ceux-ci sont très vite colorés affectivement : c'est ainsi que les divers bruits du C.R.R. sont devenus "un piano ..." - "un chanteur ..." - "du monde à la maison ..." - "Corine ... non un gosse qui pleure" (vrai) ...- "cris d'oiseaux". Le plus souvent, c'est une impression d'ensemble que nous ont donné les malades :"bruit obsédant, ce ronron sans cesse renouvelé ... c'était crispant" ...- "ça tournait ...fatigant ..."- "remue-ménage ..."- "moteur de machine agaçant ..." - "bruits bizarres" - "bruits de soufflet des machines à respirer". Enfin, citons de nouveau cet admirable "chant poétique du Keith et Flack".

II) LES AUTRES

A cette catégorie appartiennent les autres malades et les membres du personnel soignant.

Nous avons été étonnés de voir que seul un malade sur trois parle des autres patients. La plupart du temps, trop attentif à son propre drame, le malade ne peut que néantiser ou scotomiser les autres. Quand il en parle, c'est généralement en termes de rejet et d'exclusion. Le malade c'est l'autre. C'est ainsi qu'on nous a dit :"Ici c'est les folles ... j'en suis sûre ... j'ai peur de devenir folle" ... - "On ne peut pas parler avec eux. Ce sont de grand malades". - "J'étais chez les cancéreux". Ou encore au cours de cet entretien :

- "Les machines c'est bien".
- Q. - "Pourquoi ?"
- R. - "On opére"
- Q. - "QUI ?"
- R. - "Des gens".
- Q. - "Et vous ?"
- R. - "Non".

Citons encore : "Des opérés, des cancéreux peut-être. On les opère et puis le jour où ils viennent ici ils mourront".

Ainsi, il nous est apparu que prendre conscience des autres malades, c'était prendre conscience de la gravité de son cas. Le spectacle de malades intubés, surtout, a effrayé certains : "Au début, les deux malades en face avec leurs appareils je me demandais ce qu'ils faisaient. Ça m'a étonné, surtout l'un avec son tuyau. Je me suis demandé si je n'avais pas quelque chose d'à peu près pareil ..." Ça m'a fait un drôle d'effet surtout avec les tuyaux. Je me suis dit : comment ça se fait que je suis avec des malades très graves alors que mon cas l'est beaucoup moins ?"

Parfois, c'est la mort même qui est cotoyée et crainte : "J'ai demandé qu'on me retire d'avec cet homme qui est mourant". - "Il y avait une dame en face de moi. Elle est morte. Ça m'a choquée et fait peur. Je me voyais aussi grave".

Souvent le spectacle des autres malades fait oublier ou passer au second plan son propre cas : "Les autres malades souffrent plus que moi. La dame en face (intubée) ça fait pitié, car elle c'est beaucoup plus grave". - "De voir des malades plus grave ça me console" - "Je me suis dit, je suis dans un endroit où ça ne va pas pour moi". Enfin, la seule malade qui nous ait dit avoir parlé avec un autre malade nous a raconté : "J'aime le

Monsieur de droite, il est gentil ... On a discuté sur la peinture, sur les peintres" : surtout pas de la maladie qui ici, au milieu de l'appareil de réanimation est complètement scotomisée !

Il est davantage fait mention du personnel soignant dans les récits de ces malades, mais dans des proportions singulièrement faibles : un sujet interrogé sur deux parle du personnel soignant, un sur sept parle des médecins. Les termes utilisés sont vagues et imprécis, souvent dénués de toute tonalité humaine. Il est davantage fait mention des particularités de l'habillement : uniforme "blanc de la tête aux pieds" - "pourquoi des bottes ?" - "couleur impressionnante" ... - "habillés de façon stérile à cause des enfants". Deux malades mentionnent des relations verbales "réconfortantes" : "je me suis confiée et cela me soulageait" - "On a parlé ... ça m'a redonné courage". Parfois, à l'inverse, ces relations sont fuies et rejetées par le malade (surtout chez certains intoxiqués)... "Je ne voulais pas qu'on s'occupe de moi" ... - "Il y a des gens bienfaisants qui vous veulent du bien. Mais moi je m'en fous" - "Je ne veux pas qu'on s'occupe de moi ; je voudrais qu'on me laisse tranquille" - "J'aurais préféré qu'on me laisse en paix". Quoi qu'il en soit, nous notons la pauvreté de la relation inter-individuelle entre le malade et le personnel soignant. Mais cela correspond-il à la réalité ou n'existe-t-il qu'en fonction des projections

inconscientes des malades ou de leurs mécanismes de défense ? Nous n'avons après tout interrogé que l'un des deux termes de la relation : le malade. Nous pensons bien que la relation soignant-soigné existe, mais qu'elle est mal établie ou posée en des termes insuffisamment sécurisants pour le malade qu'elle entretient alors dans sa régression et son statut d'objet.

La réification des malades qu'accentue l'absence de dialogue relève de multiples facteurs que nous envisagerons en cours de discussion. Cette réification est particulièrement nette dans les récits d'entrée de malades qui n'avaient pas encore perdu conscience au moment de leur arrivée. C'est ce que montrent les extraits d'observations suivants :

" Je suis arrivée en voiture avec ma cousine. On m'a mis une blouse puis un tuyau. On m'a mis du liquide et On m'a fait vomir. On m'a soufflé de l'air puis On m'a mise là ..." - "On m'a piquée au bras deux fois, On m'a enfoncé des sondes dans le nez. On m'a sorti les lunettes". ...

III) - LE VECU

Il va sans dire que le vécu des malades est fonction de facteurs très divers. Tout ce que nous avons dit plus haut tant au sujet de la perception des lieux

que de l'appréhension "des autres" entre en ligne de compte. Ici encore nous avons retrouvé au niveau du vécu, des empreintes affectives témoignant du caractère tantôt menaçant, tantôt sécurisant du milieu.

Notre enquête, trop limitée, ne peut prétendre à servir de base à une étude statistique. Cependant un certain nombre d'éléments, du fait de la fréquence avec laquelle nous les avons retrouvés, nous ont semblé être caractéristiques :

- un malade sur trois vit en salle d'opération. Ce sentiment est avant tout lié à l'habillement du personnel soignant. Un patient nous a dit : "Vous êtes un chirurgien ni plus ni moins". Les machines, les autres malades mêmes, les confirment dans cette impression.

- plus d'un malade sur deux a été défavorablement impressionné par les techniques de réanimation qui lui étaient directement appliquées (lavage d'estomac, sondes de perfusion, intubation ...). C'est ce que nous a dit fort bien l'un d'eux :"La muselière dans la bouche, la sonde dans la verge et le compte-gouttes aux bras".

D'autres expriment leurs craintes directement : "je ne suis pas rassurée ..." - "Je suis inquiète, j'ai l'impression d'avoir quelque chose d'anormal. Je devrais

avoir d'autres pensées ... J'ai peut-être une lésion à la tête"- "Je ne suis pas rassurée ..." - "J'ai peur de devenir folle".

Certains malades vivent la réanimation sur un mode persécutif : "Quand on m'a piquée, je n'ai pas réalisé que c'était pour une perfusion, j'ai cru que c'était pour me faire mal ... j'ai eu honte" - "Vous êtes un policier ... Vous voulez me faire avouer" ... - "J'étais pendue au plafond par les jambes" - "Il me tarde de partir parce qu'on me fait mal ... C'est pour mon bien".

Parmi les malades admis après une tentative d'autolyse, plus de la moitié sont très culpabilisés. Certains avouent simplement avoir eu honte en repensant à leur geste. D'autres ont vécu la réanimation comme une punition. Pour beaucoup, le réveil en réanimation a signé l'échec de leur tentative : "Je regrette deux choses : de l'avoir fait et d'avoir raté. C'était réussir ou ne pas le faire ... Ça donne du travail pour rien" - "Je me suis dit: ça n'a pas réussi, on m'a récupérée" ... - "Je me suis dit que je ne mourrais pas ... j'étais soignée" ... - "J'ai dit : c'est raté" - "J'ai honte en vous parlant ... je ne suis pas rassurée car je sais que je recommencerai".

Pour certains, ce sentiment se manifeste dès l'entrée : "Ce qui m'a le plus choquée c'est l'entrée :

j'avais l'impression que j'étais attendue, qu'ils étaient avertis". Citons enfin ce malade que nous avons vu attaché car très agité : "Détachez-moi. Je n'avalerai plus d'Insomnyl. J'en ai plus".

En outre, pour beaucoup d'intoxiqués volontaires, la réussite de la réanimation les replace devant leurs problèmes : "Je sais bien que quand je sortirai d'ici tout recommencera comme avant ...", "Je ne voulais pas revivre ...".

A travers ce vécu s'exprime sans doute la culpabilité inconsciente des sujets, notamment intoxiqués volontaires, qui se punissent souvent ainsi de manière fantasmatique de leur agressivité. Il s'agit vraisemblablement davantage d'un vécu spécifique des suicidants que du vécu général de tous les malades. Mais nous ne prétendons pas montrer autre chose à savoir que le vécu du sujet en réanimation est davantage le reflet de ses projections inconscientes ou des mécanismes de défense qu'il met en place contre la maladie ou l'environnement qui la spécifie, ou encore de sa réification, que celui de l'environnement lui-même.

A l'inverse, il est des malades que le service sécurise. Notons d'abord que moins de un malade sur deux est sécurisé d'emblée. Par contre, passées les premières

heures d'hospitalisation ou celles qui ont suivi l'éveil, deux malades sur trois se sentent "en de bonnes mains". Pour certains intoxiqués volontaires, le fait de se retrouver en réanimation est ressenti comme un soulagement. Mais c'est surtout la qualité des soins que les malades ont d'abord appréciée : "On me soigne ..., "Quand on arrive ici on a l'impression d'être pris par une technique extraordinaire, une compétence merveilleuse, et là on voit le grand patron qui donne une impression de sécurité, de compétence rassurante". - "Le service est impeccable ; on me change les bouteilles (en montrant sa perfusion). On me soigne ...".

Souvent, c'est une impression d'ensemble que nous livrent les patients : "J'étais rassurée ...", "On est bien".

D'autres malades témoignent d'une régression plus manifeste où se projettent des fantasmes très archaïques maternels : "On a l'impression d'une atmosphère confinée, cotonée, d'un monde à part ... j'ai trouvé extraordinaire que ma vie soit suspendue à une machine".

Au total, nous retenons de cette enquête :

- le niveau régressif des sujets
- la tonalité perceptive du service menaçante ou sécurisante.

- la réification du sujet et l'inexistance d'une relation inter-individuelle authentique.

oOo

CHAPITRE III

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Il nous a semblé nécessaire, avant d'envisager la pathogénie des troubles psychiatriques et psychologiques observés en milieu de réanimation, de préciser le vécu des malades en milieu de soins intensifs à partir de nos propres observations.

1) - *Le vécu des malades au Centre de Réanimation : la relation médecin-malade*

Ce qui nous a d'abord frappé c'est que le Centre de Réanimation est chargé d'une signification socio-culturelle évidente. Il est investi, tant par les malades qui y entrent que par le grand public, comme l'antichambre de la mort. Il ne fait pas bon s'y retrouver. Se reconnaître dans un tel service, c'est se reconnaître au seuil de la mort. On a peur d'y entrer et la plupart de nos malades nous ont affirmé s'y trouver "par force".

Pour échapper à cette situation extrêmement angoissante et au milieu qui le met en face de sa maladie,

le sujet met en place toute une série de mécanismes de défense déstinés à masquer la réalité désagréable et à effacer la frustration narcissique intolérable que constitue la maladie. Parmi les mécanismes de défense que nous avons observés, certains nous sont apparus plus fréquents. Ce sont :

- La Scotomisation, c'est-à-dire la méconnaissance inconsciente par le sujet de l'environnement dans lequel il se trouve. Nous avons déjà vu comment le malade refuse de reconnaître le lieu dans lequel il se trouve. Mais nous devons également souligner le refus de reconnaître les autres malades. Et quand il les voit et les reconnaît en tant que tels, c'est pour les rejeter. Le malade c'est l'autre, fou ou cancéreux. Chacun est là par erreur. Cette scotomisation porte ainsi sur la maladie elle-même. On conçoit la faiblesse d'un tel mécanisme de défense : ce sont les malades les plus angoissés !

- Le déplacement : la maladie n'est plus niée dans son ensemble mais c'est une souffrance mineure qui capte toute l'attention du malade. Les moyens mêmes de la réanimation fournissent facilement au sujet l'occasion de ce déplacement. C'est ainsi que les aiguilles des perfusions semblent parfois être la préoccupation principale des malades.

- La régression peut aussi constituer une défense efficace, et elle se fait parfois à un niveau très profond. De nombreux malades se sont retrouvés chez leur "mère". De même que chez eux, enfants, ils n'ont ici qu'à se laisser faire, la réanimation dans son ensemble étant investie du prestige et du pouvoir maternels. Le sujet perçoit alors l'environnement dans cette tonalité régressive où le milieu lui apparaît sécurisant et archaïque, beau et bon à l'image d'une bonne mère et à l'inverse de sa signification réelle. Cette fantasmatique englobe, bien sûr, le milieu et l'équipe soignante.

On conçoit que l'importance de l'état de régression du malade ou le caractère particulier des défenses mises en place puissent faire obstacle à l'établissement d'une relation plus proche de la réalité.

- Le délire enfin, semble devoir être considéré comme l'ultime tentative pour échapper à l'angoisse de mort. On peut se demander, dans quelle mesure lorsque toutes les défenses vues plus haut sont débordées, le sujet ne reconstruit sur l'environnement un monde délirant qui lui permet d'échapper à la maladie. Une de nos malades se croyait en ville, une autre mise là par des persécuteurs. Le vécu dans son ensemble est alors délire. Le malade n'est plus sujet mais l'objet d'autrui.

Cette psychologie bien particulière du malade en milieu de réanimation tient sans doute à la maladie elle-même (chez tout malade il y a regression) mais elle tient surtout à la signification que l'environnement prend pour le sujet et à l'isolement affectif de celui-ci. L'impact psychologique de l'environnement matériel et humain joue un rôle de premier plan.

Certains auteurs avaient déjà souligné l'atmosphère dramatique du milieu et son caractère spécifique de tension permanente. S'ils pensent que ces facteurs sont très importants dans la genèse du syndrome des soins intensifs, ils n'ont que fort peu cherché à en mesurer l'impact psychologique considérable et ses implications. L'alerte accoustique fournit un bon exemple. Si elle signale au réanimateur qu'un malade est en état de défaillance cardiaque aiguë, elle rappelle surtout aux autres patients, conscients ou en voie de l'être, qu'ils se trouvent dans l'Antichambre de la mort. Il est alors préférable de tarder à se réveiller, de ne pas "vouloir" entendre ou plus souvent de ne pas comprendre la signification de cette alerte. On pourrait dire la même chose de la façon dont les autres malades, pourtant fidèle miroir d'eux-mêmes, sont rejetés ou plus exactement ignorés par les patients. Cet extrême isolement affectif des malades en Centre de Réanimation est en outre accentué par un autre phénomène que nous avons pu observer et qui existe sans doute, mais à un moindre

degré dans la plupart des services hospitaliers : c'est la réification de ces sujets, leur maintien à l'état d'objet. Cette réification tient à plusieurs facteurs. Tout d'abord ceux inhérents à la maladie elle-même : en général, celle-ci est suffisamment grave pour que la décision du transfert dans un centre de soins intensifs ait dû être prise en dehors du consentement du sujet ; elle a en outre pour effet de maintenir le sujet dans un état de régression plus ou moins profond (et d'autant plus profond que le sujet est comateux). Dès qu'il est pris en main par l'équipe soignante, le patient perd son statut de sujet pour devenir un ensemble de coordonnées biologiques et physiologiques (pouls, tension artérielle, rythme respiratoire, etc ...). Très souvent, donc, l'urgence même des soins à lui apporter oblige dans les premiers temps l'équipe soignante à ne voir dans le malade qu'un ensemble de fonctions vitales à restituer. Mais cette réification, comme nous le verrons plus loin, constitue sans doute aussi un des mécanismes de défense les plus efficaces contre la propre angoisse des membres de cette équipe. Tout concourt donc à maintenir le sujet dans son statut d'objet et dans ces conditions l'entourage parvient mal à comprendre qu'il faut tenter de réhumaniser cet objet qu'est le malade, et lui rendre son statut de sujet. Il devient alors particulièrement difficile pour l'équipe soignante d'établir un dialogue avec un patient rabaissé au rang d'objet.

On conçoit maintenant que dans de telles conditions un dialogue médecin-malade correct soit difficile à établir et qu'il existe une véritable pathologie du lieu subjectif inter-individuel. Parfois, le dialogue soignant-soigné est bien établi, mais en des termes insuffisamment sécurisants pour le malade. Il nous a semblé possible de comprendre quels sont les obstacles qui s'opposent à l'établissement de relations valables entre le malade et son environnement, c'est-à-dire ici avec le milieu et l'équipe soignante.

Ces obstacles sont le fait tant des malades que de l'équipe soignante. Nous avons déjà vu comment les malades mettaient en place toute une série de mécanismes de défense pour se protéger à la fois de la maladie et de l'environnement. On conçoit bien que l'importance de l'état de régression ou de tout autre moyen de défense puisse faire obstacle à l'établissement d'une relation plus proche de la réalité tant avec l'environnement matériel que l'équipe soignante. Ces derniers sont englobés dans toute une imagerie fantasmatique directement influencée par les sentiments inconscients des sujets. Nous avons déjà parlé du sentiment de culpabilité rencontré souvent chez les intoxiqués volontaires. Ce sentiment va, ici conduire ces patients à un vécu d'insécurité, et ils vont projeter sur le milieu et le personnel l'hostilité qu'ils ressentent à leur propre égard. Ils se punissent ainsi de leur acte

agressif, et détournent l'angoisse qu'il a engendrée. Le sujet projette donc sur son environnement, aussi bien la technique que le personnel soignant, sa propre culpabilité dont il n'a pas ou "ne veut pas" avoir conscience. On peut se demander dans quelle mesure, lorsque toutes ces défenses sont débordées, le fantasme ne devient pas réalité, comme chez l'une de nos malades. Le rêve est alors délire. L'agresseur, c'est le réanimateur. La réanimation, prise dans son ensemble, est alors assimilée à un appareil inquisiteur et punitif. On conçoit que de tels malades ne sont pas faciles à aborder et rendent extrêmement délicat l'établissement d'une relation médecin-malades, ou mieux, soignant-soigné convenable.

Mais on ne peut peut imputer aux malades tous les obstacles qui s'opposent à l'établissement de cette relation. On en trouve aussi du côté de l'équipe soignante. Comme nous n'avons pas fait une étude systématique de la personnalité des réanimateurs et de leurs modes de relation personnels avec leurs malades, nous nous contenterons de quelques généralités. Nous citerons cependant assez abondamment les réflexions que BARLET a développées dans sa thèse. Il a, en particulier, tenté de saisir l'image réciproque que malade et médecin se font l'un de l'autre :

"Le malade", écrit-il, "découvre cet univers du dernier recours dans lequel l'image familière du médecin

traitant s'efface devant celle de techniques dialoguant dans un langage inaccessible avec les puissances aussi mystérieuses que la folie et la mort. Tout dialogue lui paraît impossible avec des étrangers investis d'une puissance magique".

Il écrit plus loin :

"De son côté, le praticien de l'urgence voit son angoisse personnelle à l'égard de la folie ou de la mort sans cesse renforcée par le vécu de ses échecs et par le caractère déterminant de ses responsabilité ; bien souvent, il tente de pallier cette angoisse en dissociant malade et maladie, limitant son intervention à la seconde et scotomisant la profonde perturbation du premier. Une telle attitude interdit toute communication ne passant pas par l'intermédiaire de la maladie et confirme le malade dans son rôle d'objet de soins".

Une telle assertion concerne tous les praticiens de l'urgence, et, bien entendu, les réanimateurs. L'accomplissement de leur rôle nécessite de leur part une disponibilité de tous les instants. Confrontés en permanence avec la mort, et de plus en plus souvent vainqueurs du combat qu'ils lui livrent, ils n'ont en paiement de leur dévouement que des gratifications fugitives. Ils se retrouvent chaque fois confrontés avec leur propre angoisse. Ils

restaurent les conditions primordiales à l'établissement de toute relation thérapeutique et inter-subjective, c'est à dire la conscience, mais ils s'effacent dès sa réapparition. Il s'agit sans aucun doute de relations très frustrantes contre lesquelles le réanimateur se défend en réifiant davantage ceux qu'il soigne. Un autre aspect du problème, sans doute aussi important, tient au service lui-même ; sa vocation étant la "réanimation", c'est-à-dire le rétablissement des fonctions vitales du sujet, celui-ci change de service dès que ce but est atteint. La réussite même de ses soins signifie pour le médecin réanimateur la séparation d'avec celui qu'il a soigné. N'est-il pas alors encore plus frustrant pour lui de créer des relations dont il sait qu'elles seront très limitées dans le temps ? Aussi préfère-t-il se cantonner dans un rôle de technicien. Il peut encore à l'excès préférer ses machines et perdre entièrement de vue l'aspect relationnel de sa profession médicale. La technique peut lui apporter en même temps que la toute puissance, l'apaisement de son angoisse et un écran sécurisant.

Un autre fait qu'il nous paraît important de souligner est l'extrême cohésion de la plupart des équipes d'urgence. L'équipe du Centre de Réanimation de BORDEAUX ne fait pas exception à cette règle. C'est sûrement, comme dans tous ceux à caratère d'urgence, l'un des services où les nouveaux venus sont le plus vite intégrés. Ceci

tient probablement, entre autres, au fait qu'un tel service ne peut souffrir à aucun moment, y compris celui du changement de stage, le moindre relâchement. Chacun y trouve, dès qu'il arrive, une place où il se sent utile. Ce qu'on peut encore dire, c'est que la structure pyramidale de l'équipe est fortement sécurisante pour chacun de ses membres. BARLET a fort bien décrit cela à propos de l'équipe du S.U.M. de LYON, et nous pensons que ses propos peuvent être rapportés à celle du Centre de Réanimation de BORDEAUX :

"L'impossibilité pour l'équipe de s'attacher à un malade essentiellement fugitif, semble déterminante dans l'importance à fonction compensatoire des relations existant entre ses membres. Ainsi peut-on expliquer le besoin qu'ils ressentent à se grouper et communiquer dans une ambiance de récréation collégienne."

2) - *Pathogénie*

a) - Peut-on incriminer un trouble organique ?

Il y a bien des troubles psychiatriques et psychologiques accompagnant une lésion organique ou une encéphalopathie métabolique. On a voulu étendre à l'ensemble des troubles psychiatriques et psychologiques une telle perspective organiciste. Les premières études ayant été faites chez les opérés du coeur ou les malades cardiaques graves,

c'est le by-pass puis la circulation extra-corporelle qui furent incriminés par les auteurs. Il fallut bien les innocenter, aucun trouble métabolique n'ayant pu être démontré. A supposer que de tels troubles existent, rien ne permet de leur accorder une valeur autre que celle d'un facteur déclenchant ou prédisposant.

On fut ensuite tenté d'opérer par analogie avec les troubles nerveux et psychologiques dont l'origine organique est bien connue. On sait que c'est le cas de la modification du pH sanguin ou des gaz du sang. On peut citer par exemple certaines encéphalopathies fonctionnelles des insuffisants respiratoires à forme hypoxo-hypercapnique pouvant donner des tableaux d'allure pseudo-mélancolique. L'hypocapnie peut aussi favoriser la survenue de troubles psychiques. Signalons encore que l'on a pu incriminer la déshydratation ou les médicaments absorbés par le sujet. Mais le syndrome des soins intensifs est en réalité très différent des encéphalopathies fonctionnelles ou respiratoires. La disparition des troubles après transfert des malades dans un service général permet d'éliminer des perturbations de cet ordre.

Rapporter à une cause organique l'ensemble des troubles psychiatriques et psychologiques observés est donc simpliste et le rôle de l'environnement est ainsi mis en lumière.

b) - L'environnement est-il susceptible de faire éclore à lui seul de tels troubles ?

Pour certains, la privation de sommeil est primordiale. On sait en effet que les privations totales de sommeil provoquent des troubles psychiatriques chez tous les sujets, sans exception, dès la centième heure. Dans cette hypothèse la privation de sommeil expliquerait l'apparition retardée du syndrome des soins intensifs. Cette privation serait due au manque de calme qui règne dans de telles unités. Or cela n'a rien à voir avec l'intensité des stimuli que l'on doit appliquer à des sujets que l'on veut maintenir éveillés. Les privations expérimentales nécessitent en effet des éveils forcés, fréquents et difficiles à obtenir. C'est ainsi que l'on doit par exemple, envoyer des jets d'eau froide dans l'oreille du sujet. Cela est fort différent de ce qui se passe dans les salles de réanimation. Si la privation de sommeil jouait un rôle (bien que non totale) on ne comprendrait pas la pauvreté de fréquence de ce syndrome.

Pour d'autres la répétition de stimuli sensoriels monotones induirait un état d'hypnose qui serait responsable des troubles psychologiques rencontrés. On rencontre bien dans les salles de réanimation ces stimuli monotones et répétés inlassablement ; ce sont en particulier les éclairs

lumineux des cardioscopes, les sifflements rythmés de ces derniers ou les soufflements réguliers des respirateurs artificiels. On sait, depuis PAVLOV, que la monotonie d'un stimulus peut conduire effectivement à l'habituation, laquelle accentue la privation sensorielle. Mais, si l'isolement sensoriel peut amener des troubles psychotiques, ce ne peut être le cas dans les salles de réanimation. En effet, les stimuli monotones et rythmés cités plus haut évoluent dans une ambiance sensorielle complexe et fort différente d'un moment à l'autre : des lumières s'allument et s'éteignent souvent, et aux bruits incriminés s'ajoutent ceux plus forts et plus subits de portes qui claquent, de voix, etc... Comme on le voit, les salles des services de soins intensifs ne sont pas des "tours de silence", et on est bien loin des conditions pavloviennes.

Justement certains auteurs, et en particulier MINCKLEY en 1968, ont essayé d'établir une corrélation en salle post-opératoire entre la douleur des opérés et le niveau accoustique. Il existe bien dans les salles de réanimation des stimulations sensorielles excessives ou anormales. Ce sont par exemple les alertes visuelles ou accoustiques. Mais les autres sens sont aussi stimulés anormalement ; nous citerons en particulier les sensations désagréables procurées par les attaches, les électrodes collées et fixées, les sondes et les divers cathéters. Il est certain que leur rôle est loin d'être négligeable et qu'elles

influencent le vécu du malade. Dans la genèse des troubles psychologiques et psychiatriques nous pensons qu'elles constituent un facteur aggravant.

Pour notre part nous pensons que l'environnement joue un rôle dans la genèse des troubles que nous avons observés. Mais s'il agit ce n'est pas tant par ses facteurs matériels psychopathologiques que parce qu'il amplifie les problèmes psychologiques que le malade amène avec lui au Centre de Réanimation. Ainsi est mise en avant la psychogenèse.

c) - Psychogenèse

On sait depuis longtemps que la maladie crée chez l'homme des conditions propices à l'éclatement de ses défenses psychologiques normales. La gravité des affections qui amènent le sujet dans un service de soins intensifs explique que ce phénomène soit plus sensible ici que dans les autres services hospitaliers. En outre il y a, comme nous l'avons souligné, insuffisance de relation inter-individuelle dans les unités de soins intensifs. BALINT a montré que dans la relation médecin-malade, il existe toujours une part de réification du malade par le médecin. Au malade qui dialogue dans un langage différent du sien, le soignant insuffisamment préparé ne peut répondre, ce qui accentue sa propre angoisse. L'absence de dia-

logue établit le malade dans son statut d'objet, prolonge sa régression et par là accentue son isolement affectif. Le sujet se retrouvant seul, n'osant pas affronter les problèmes nouveaux qui se posent à lui ne peut échapper à l'angoisse qu'en se servant au maximum de ses moyens de défense dont certains, telle la régression n'aident pas le réanimateur dans une tentative de dialogue. Les troubles psychiatriques observés sont sans doute le reflet, amplifié par le remodelé des défenses du sujet, de ses préoccupations les plus profondes. Ils ne peuvent donc être dûs aux conditions matérielles du moment. Ils dépendent essentiellement de la personnalité antérieure du sujet. Chez le sujet sain certains traits ne sont jamais extériorisés ; l'état de régression dans lequel le confine la maladie, par un affaiblissement de ses défenses les plus fragiles, peut alors les faire apparaître. Nous n'avons pas pu faire une étude détaillée de la personnalité antérieure de nos malades. Mais ceux que nous avons revus au Centre ABADIE nous ont confirmé cette hypothèse.

Nous nous apercevons qu'au fond nous n'avons pas rencontré le syndrome des soins intensifs tel que le décrivent les auteurs anglo-saxons. Ceci tient surtout au fait que celui-ci a été décrit dans des unités de soins cardiologiques. Nos malades sont très différents. Nous pensons ici particulièrement à nos délirants. Dans la pathogénie de ceux-ci il faudrait envisager plusieurs facteurs dont

l'étude très vaste n'a pas sa place ici. Nous retiendrons seulement le rôle favorisant et déclenchant parfois de leur passage au Centre de Réanimation.

Mais cela ne veut pas dire que le syndrome des soins intensifs n'existe pas. Par contre, nous croyons que sa pathogénie ne peut être rapportée aux seuls facteurs physiologiques. Elle est sûrement très proche de celle des troubles que nous avons pu observer chez nos malades. L'accent ne doit pas être mis uniquement sur les facteurs matériels comme le font les anglo-saxons mais sur la psycho-genèse et la personnalité antérieure des sujets.

Nous terminerons sur un dernier point pratique. Il existe tant du côté des malades que du personnel soignant un certain nombre de facteurs, la plupart d'ordre psychologique qui empêchent la création d'un lien subjectif inter-individuel. Ces facteurs s'interpénètrent et créent un véritable cercle vicieux creusant à chaque instant davantage le fossé qui sépare les deux termes de la relation. C'est pour aider à comprendre les mécanismes de cette véritable pathologie de la communication et, dans la mesure de nos moyens, tenter d'apporter quelques éléments d'une solution que ce travail a été entrepris en collaboration avec les réanimateurs.

Nous avons vu que les auteurs anglo-saxons avaient surtout mis l'accent sur le rôle de l'environnement dans la genèse du syndrome des soins intensifs. Aussi est-ce dans ce sens qu'ils ont cherché des solutions.

C'est ainsi que c'est tout d'abord la disposition même des salles que l'on a cherché à modifier : on a ainsi proposé, par exemple, des salles rondes, les lits étant perpendiculaires à la circonférence, et séparés entre eux par des cloisons. Un surveillant siègerait au centre de la pièce et pourrait ainsi voir ce qui se passe dans chaque box. KORNFELD, en 1969, proposait pour sa part toute une série de mesures : malades en chambre individuelles, utilisation plus restreinte du monitoring, maintien du cycle nycthéméral (en particulier lors de la distribution des médicaments), mobilité suffisante du malade, et enfin pour aider celui-ci à se reconnaître dans l'espace et le temps : fenêtre ouvrant sur l'extérieur et calendrier bien en vue.

Par contre, peu d'auteurs se sont penchés sur l'amélioration de la relation médecin-malade. Si la plupart reconnaît qu'elle est nécessaire à la prévention et au traitement du syndrome des soins intensifs, nous n'avons trouvé que dans la thèse de BARLET l'idée de la collaboration d'un psychiatre dans les unités de soins intensifs (sauf dans certains services américains de chirurgie cardiaque).

Cette collaboration est également (là peut-être plus qu'ailleurs) désirable dans un Centre de réanimation. Sa technique propre d'écoute lui permettrait sans nul doute de mettre à jour une pathologie particulière qui, pour ne pas requérir d'aide médicale urgente, n'en offre pas moins un double intérêt : spéculatif d'abord, dans la mesure où il est impossible d'en préciser l'importance exacte ou le caractère ; et pratique ensuite, afin d'en apprécier et d'en atténuer les conséquences ultérieures éventuelles, notamment sur la rééducation et la réadaptation.

Surtout, le psychiatre peut aider les membres de l'équipe soignante dans leur pratique journalière en tentant d'améliorer leur relation avec leurs malades. C'est en faisant prendre conscience de la dynamique propre de cette relation qu'il peut amener l'équipe soignante à éviter les écueils ou les pièges souvent dressés par le malade lui-même . Une meilleure connaissance de la relation inter-individuelle à ses différents niveaux est le prélude indispensable à l'établissement d'une relation véritablement "thérapeutique" dans laquelle en définitive soignant et soigné trouvent leur compte.

Il faut rendre attentif le personnel soignant à l'urgence affective comme il est prêt à répondre à la demande organique la plus inattendue.

CONCLUSION

Dans ce travail, nous étions parti chercher chez les malades du Centre de Réanimation de BORDEAUX une pathologie psychiatrique semblable à celle que les auteurs anglo-saxons décrivent sous le nom de syndrome des soins intensifs.

L'étude du vécu de nos patients et l'analyse psychopathologique de ce vécu nous ont conduit à envisager le problème sous un angle différent de ces auteurs.

Ce travail porte donc sur l'étude des troubles psychologiques et psychiatriques rencontrés dans les services de soins intensifs.

Une première partie est consacrée à l'étude bibliographique.

Une deuxième partie "expérimentale" est consacrée à l'exposé et à l'étude des observations recueillies au Centre de Réanimation de BORDEAUX.

La troisième partie porte sur le vécu du malade en service de soins intensifs et les particularités de la relation médecin-malade. Le rôle de l'environnement dans la genèse des troubles psychologiques et psychiatriques ren-

contrés dans les services de soins intensifs est discuté dans ses facteurs matériels et surtout psychopathologiques.

Quelques points pratiques sont alors abordés.

oOo

SERMENT

En présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais ou les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Bon à imprimer
Le Président de Thèse
R. CASTAING

Vu le Président
de l'Université
de BORDEAUX II
H. BRICAUD

Vu le Chancelier
des Universités
de BORDEAUX
J. BABIN.

BIBLIOGRAPHIE

1 ATKINS R.W.
Psychiatric Emergency Service
Implications for the patient, the physicien, the family, the hospital and the community.
Arch. Ge. Psych., 1967, 17, 176-182.

2 BARLET Pierre
La psychiatrie au service d'urgence médicale des hospices civils de Lyon
Thèse de Médecine, Lyon, 1969.

3 BELLE Fr et RIVAILLE C.
Etat psychologique de malades poliomyélitiques sous assistance respiratoire.
Rev. Neuropsychiat. Infantile, 1965, 13, 9, 681-701.

4 BLACHY P.H. and STARR A.
Post-cardiotony delirium.
Amer. J. Psychiat., 1964, 371-375.

5 BOURGEOIS M.
Mélancolies hyposéo-hyper-capnifues.
Ann. Med. Psychol., 1967, 1, 3, 422-428.

6 BOUVRAIN Y., MARECHAL J.P., SLAMA R., et MOTTE G.
Psychologie médicale : angoisse et régression dans un service de soins intensifs cardiologiques.
Presse Med., 1970, 78, 47, 2083-2084.

7 DE NOUR A.K.
Psychotherapy with patients in chromic haemodialysis.
Brit. J. Psychiat., 1970, 116, 207-215.

8 DESHAIES G.
Le réveil des anesthésies.
Ann. Med. Psychol., 1938, 15e Série, 2, 519-544.

9 DRUSS R.G. and KORNFELD D.C.
The survivors of cardioc. arrest. A psychiatric study.
S.A.M.A., 1967, 201, 5, 291-296.

10 EGERTON N. and KAY J.H.
Psychological disturbances associated with pen heart surgery.
Brit. J. Psychiat., 1964, 110, 433-439.

11 HACKETT Th. P., CASSEM N.H. and WISHNIE H.A.
The coronary-case unit. - An appracial of its psychologic Hizards.
The New-England Journal of Medicine, 1968, 279, 25, 1365-1370.

12 HAMMES H.J.
Reflections on "intensive" case.
Amer. J. Nars, 1968, 69, 2339-2340.

13 KORNFELD D.S.
Psychiatric view of the intensive case unit.
British Med. J., 1969, 1, 108-110.

14 KORNFELD D.S.
Psychiatric aspects of patient case in the operating suite and special areas.
Anesthesiology, 1969, 31, 166-171.

15 LAZARUS H.R. and HAGENS J.H.
Prevention of psychosis following open heart surgery.
Amer. J. Psychiat., 1968, 124, 9, 1190-1195.

16 Mc KEGNEY F.P.
The intensive care syndrome. The definition treatment and prevention of a new "disease of medical progress".
Conn. Med. 1966, 30, 633-636.

17 MARJOLIS G.S.
Post-operative psychosis on the intensive case unit.
Comprehensive psychiatry, 1967, 8, 4, 277-232.

18 MEYER B.C., BLACHER R.S. and BROWN F.
A clinical study of psychiatric and psychological aspects of mitral surgery.
Psychosomatic Medicine, 1961, 23, 3, 194-218.

19 MINCKLER B.B.
A study of noise and its relationship to patient disconfort in the recovery room.
Nurs. Res., 1968, 17, 147-250.

20 NAHUM L.M.
Madness in the recovery room open heart surgery or "they kept waking me up".
Conn. Med., 1965, 29, 11, 771-772.

21 PASKER D.L. and HODGE James R.
Delirium in a coronary case unit.
J.A.M.A., 1967, 201, 702-703.

22 WINKELSTEIN Ch., BLACKER R.S. and MEYER B.C.
Psychiatric observations on surgical patients in recovery room.
N.Y. State J. of M., 1965, 1, 865-870.

23 WYSOKI Viviane
Le réveil des tentatives de suivide par ingestion de toxiques, approche psychiatrique.
Thèse de Médecine - Strasbourg, 1968, N° 10.

oOo

PLAN

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : *TROUBLES PSYCHIATRIQUES HABITUELLEMENT DECRITS DANS LES SERVICES DE SOINS INTENSIFS. :*	4
1) Troubles psychiatriques relevant de la maladie causale	4
2) Troubles en rapport avec une destructuration de la conscience	4
3) Troubles relevant d'une encéphalopathie métabolique.	5
4) Troubles psychiatriques en rapport avec le milieu : syndrome des soins intensifs proprement dit ("the intensive care syndrome")	5
5) Troubles apparaissant à la sortie de l'unité de soins intensifs	10
6) Réactions psychologiques du staff	11
CONCLUSION	12
CHAPITRE II : *ETUDE DE LA PSYCHOLOGIE DU MALADE AU CENTRE DE REANIMATION DE BORDEAUX*	13
A - Méthodologie	13
1) Les lieux	13
2) Les malades	14
B - Résultats	16
1) Les malades délirants	16
2) Résultats de l'enquête.	21

I/. Les lieux 23
II/. Les autres 26
III/. Le vécu. 29

CHAPITRE III : *DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES* 35

1) Le vécu du malade au centre de Réanimation 35

- signification socio-culturelle du centre

- l'angoisse

- les mécanismes de défense

- l'isolement affectif du malade

- l'insuffisance de la relation médecin-malade :

- obstacles venant du malade

- obstacles venant du médecin

2) Pathogénie des troubles psychologiques et psychiatriques 44

a) théorie organiciste 44

b) Rôle de l'environnement 46

c) Psychogénèse 48

3) Conclusions pratiques

CONCLUSION 53

BIBLIOGRAPHIE 55

oOo